

ANTONIO KIM

**ANÁLISE DOS FATORES RELACIONADOS À
VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS,
ADOLESCENTES E ADULTOS DO SEXO FEMNINO NO
MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS /SC- 2001**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina para a conclusão
do Curso de Graduação em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2002**

ANTONIO KIM

**ANÁLISE DOS FATORES RELACIONADOS À
VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS,
ADOLESCENTES E ADULTOS DO SEXO FEMNINO NO
MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS /SC- 2001**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina para a conclusão
do Curso de Graduação em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Edson Cardoso

Professor Orientador: Profª Clair Castilhos

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2002

AGRADECIMENTOS

É meu dever, acima de tudo, agradecer à minha família, sobretudo aos meus pais e irmãos, por sua confiança e apoio depositados sobre minha pessoa, possibilitando-me a realização de um antigo e estimando sonho: ser médico.

Quero agradecer e deixar explícito a minha admiração à professora Clair Castilhos, orientadora criteriosa e zelosa, que com sua paciência, apoio e sabedoria, soube-me conduzir harmoniosamente na realização deste trabalho.

Por fim, quero agradecer ao professor Dr. Paulo Freitas, por sua generosidade e atenção gastos à minha pessoa, ao professor Dr. Pedro Schmidt, pelos valiosos ensinamentos na arte da cura e aos meus verdadeiros amigos, em especial, Eduardo Júlio Selbach, Victor Vinícius Paviani, Rafael Ferreira Martins, Anderlei tessarolo Degering, Glicério Assis Pereira Neto, Juarez Rosso Braga, Fabrício Miri de Araújo, Cláudio Luis Hoffman e Reinaldo Alvarez Júnior, que os considero como irmãos, os quais tornaram mais amena e divertida a tão sofrida e angustiante caminhada da universidade.

ÍNDICE

RESUMO 4

SUMMARY..... 5

1. INTRODUÇÃO 6

2.OBJETIVOS 11

3. MATERIAIS E MÉTODOS..... 12

4. RESULTADOS..... 16

5.DISSCUSSÃO 21

6.CONCLUSÕES 26

BIBLIOGRAFIA 27

RESUMO

Entre o período compreendido de janeiro à dezembro de 2001 foram estudadas retrospectivamente, 60 pacientes vítimas de violência sexual atendidas em Florianópolis, de acordo com o Protocolo de Atendimento à Vítima de Violência Sexual. As pacientes analisadas foram alocadas em três diferentes grupos: a) 19 crianças (idade < 10 anos); b) 18 adolescentes (idade ≥ 10 e < 20 anos) e c) 23 adultas (idade ≥ 20 anos).

O objetivo foi estudar, comparativamente: tipo de crime sexual; constrangimento imposto; perfil do agressor; ocorrência de trauma extragenital; realização de contracepção de emergência e profilaxia contra doenças sexualmente transmissíveis (DST).

Concluimos que o estupro predominou entre adolescentes (77,8%) e adultas (91,3%) e o atentado violento ao pudor entre as crianças (78,9%). A grave ameaça foi o principal constrangimento imposto às adolescentes (44,4%); no grupo dos adultos predominou a força física (52,2%) enquanto que a não ocorrência de forma de constrangimento, às crianças (78,9%). O agressor identificável prevaleceu entre adolescentes (72,2%) e crianças (94,7%). Nas adultas, predominou os agressores desconhecidos (65,2%). Os traumas extragenitais foram observados somente entre as adolescentes (22,3%) e adultas (82,6%). Observou-se grande frequência na realização da contracepção de emergência no grupo das adolescentes (50%) e adultas (87%), sendo esta variável não analisada no grupo das crianças. Em relação à profilaxia contra DSTs, no grupo dos adolescentes e adultos ocorreu a predominância na realização deste método com 61,1% e 87%, respectivamente. Por outro lado, no grupo das crianças predominou a não realização deste procedimento em 78,9% dos casos.

SUMMARY

Between january and december of 2001, 60 patients who were victims of sexual violence attended in florianópolis were studied.

The patients were subdivided into three different groups: a) 19 children (< 10 years of age); b) 18 adolescents (\geq 10 to 20 years of age) and c) 23 adults (\geq 20 years of age).

The objective of the study was to comparatively analyze: type of sexual crime; constraint imposed; typing of the aggressors; occurrence of extragenital trauma; realization of emergency contraception and prophylaxy for sexual transmitted diseases (STD).

It was concluded that rape predominated among adolescents (77.8%) and adults (91.3%) and violent indecent assault among children (78.9%). Serials threat was the main constraint imposed on the adolescents (44.4%); in the adults group physical strength was predominant (52.2%) while in the children group no threat form occurred. The recognizable aggressors were prevalent between adolescents (72.2%) and children (94.7%) groups. In the adult group predominated unknown aggressors (65.2%). The extragenital trauma were observed only in the adolescent (22.3%) and adult (82.6%) groups. Observed high frequency of emergency contraception in the adolescent and adult groups, however this variable wasn't analysed in the children group. About STDs prophylaxy, the realization of this method were predominated among adolescent and adult. However, in children, this procediment wasn't realized in 78.9% patients.

1. INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é definida como uma relação de forças que converte as diferenças entre os sexos em desigualdade. Consiste na maneira pela qual os homens exercem controle sobre as mulheres, castigando-as e socializando-as dentro de uma categoria subordinada ⁽⁶⁾. Encontra-se presente em todas as sociedades modernas, entretanto é um problema que acompanha a humanidade desde os tempos imemoráveis.

O abuso sexual é considerado uma violência de gênero que corporifica a sexualidade que é exercida como forma de poder. Homens e mulheres podem ser classificados pelo gênero e separados em duas categorias: uma dominante e outra dominada, obedecendo aos requisitos impostos pela heterossexualidade ^(26,27).

As questões relacionadas ao gênero são complexas e antigas dentro da história humana. São muitos os estudos históricos e antropológicos que denunciam a opressão, exclusão ou estigmatização da mulher ao longo dos séculos ⁽²⁷⁾. Podemos ver, como exemplo, por meios de clássicos desenhos em caverna, nos tempos da barbárie, o homem arrastando a mulher pelos cabelos ⁽⁶⁾. A construção de uma suposta essência feminina pautada no útero é descrita desde os primeiros tratados médicos egípcios, passando por Hipócrates e Galeno, amplamente difundidos pela medicina na era Vitoriana, reduzindo a mulher essencialmente à condição da maternidade.

Da mesma forma vários teólogos e pensadores na antiguidade, manifestaram sua hostilidade contra a mulher. Tertuliano a considerava “a porta do demônio”. Voltaire declarava que o sangue da mulher era mais aquoso, o que provaria sua absoluta inferioridade ⁽⁶⁾.

Assim, admite-se que a tese da inferioridade feminina foi construída pelos homens ao longo dos séculos, talvez motivada por um grande sentimento de inveja da condição feminina ⁽¹⁵⁾.

Acredita-se que apenas no final do primeiro milênio do Cristianismo é que surgiram os primeiros sinais da luta das mulheres pela conquista de seus direitos. A partir da revolução Francesa, as mulheres formularam reivindicações pela melhoria das condições de vida, trabalho, participação política, acesso à educação e igualdade entre sexos ⁽⁴⁾.

Em tempos atuais, foram vários os movimentos organizados com objetivo de buscar igualdade e direito para as mulheres.

Dentre os mais importantes, podemos destacar a Conferência Mundial dos Direitos Humanos, realizado em Viena, Áustria em 1993. Ficou declarado que os direitos humanos das mulheres são inalienáveis e constituem parte integrante e indivisível dos Direitos Humanos Universais ⁽²⁶⁾. No ano seguinte, na cidade do Cairo, Egito, ocorreu a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento promovido pela Organização das Nações Unidas (ONU). Foram realizados diversos acordos e compromissos sobre eliminação da violência contra mulher ⁽²⁶⁾

A Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher; denominada “Convenção de Belém do Pará”, realizado em Belém, em 1994, marca outro avanço. Fica estabelecido que a violência contra a mulher é qualquer ato ou conduta baseado no gênero, que cause dano, sofrimento físico, sexual, psicológico, ou cause morte, tanto na esfera pública como no privado ^(26,32).

Em 1995, realizou-se a IV Conferência Mundial sobre direitos da mulher, em Beijing, China. Ressaltou-se que a violência prejudica e anula o desfrute dos direitos humanos e das liberdades fundamentais ⁽¹⁴⁾.

No Brasil, há mais de 25 anos o movimento vem desenvolvendo estratégias contra a violência de gênero, principalmente junto aos órgãos governamentais. No início da década de 80, os primeiros Conselhos da Condição Feminina foram criados com objetivo de ampliar o acesso das mulheres ao processo de tomada das decisões e promover os interesses femininos nas administrações públicas estaduais ⁽¹⁷⁾.

Em 1985 foram criadas as delegacias de polícia especializadas em crimes contra mulher, formada por equipes do sexo feminino ⁽¹⁷⁾.

No entanto, apesar de todos esses avanços e conquistas, a violência contra mulher continua sendo uma triste realidade a qual não distingue raça, sexo ou classe social e que se encontra em franca ascensão. Tema abrangente e apaixonante, infelizmente, encontra-se longe de apresentar uma explicação e solução definitiva.

Considerando-se esta breve reflexão acerca do papel da violência de gênero na compreensão do abuso sexual, torna-se necessário, principalmente aos profissionais da saúde, apreciar os aspectos médicos desse tipo particular de violência contra a mulher.

1.1 Considerações sobre aspectos médicos e epidemiológicos

A violência representa uma das principais causas de morbidade e mortalidade, principalmente entre a população jovem. Enquanto os homicídios ocorrem em espaços públicos, atingindo principalmente o sexo masculino, a agressão sexual atinge preferencialmente o sexo feminino, ocorrendo preferencialmente dentro do espaço doméstico. Estas mulheres são alvo de seqüelas físicas e psicológicas, tornando-as mais vulneráveis a diversos problemas de saúde ⁽⁵⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a violência sexual como um problema de saúde pública, pois afeta a integridade física e a saúde mental da vítima ^(14,24). Entre os principais problemas para a saúde destacam-se as injúrias físicas, as doenças sexualmente transmissíveis (DST) e a gravidez ⁽¹²⁾.

O atendimento imediato às vítimas de violência sexual em hospitais, pronto socorro e clínicas deve considerar os aspectos médicos, jurídicos e psicológicos que a condição envolve. Deve proceder com a documentação e tratamento das injúrias físicas, realizar a profilaxia das doenças sexualmente transmissíveis, avaliação do risco e prevenção da gravidez e coleta de exames de interesses forenses ⁽¹²⁾.

A aquisição de uma DST em decorrência da violência sexual, pode implicar em severas conseqüências físicas e emocionais. Atualmente, a principal preocupação entre as vítimas é a possibilidade de se infectar pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Ainda não está devidamente esclarecido o risco de contrair uma DST através da violência sexual, porém, sabe-se que depende de vários fatores ⁽¹⁸⁾.

Isoladamente, o diagnóstico clínico ou laboratorial de uma DST é insuficiente para estabelecer se a infecção decorreu da agressão, principalmente entre as mulheres sexualmente ativas na época da violência ⁽¹⁸⁾.

Por outro lado, a relação entre DST e abuso sexual na infância é significativa. Frente ao diagnóstico, é imperativo que se investigue a hipótese de abuso sexual, pois poucas são as condições em que o diagnóstico de uma DST em crianças não esteja relacionado com abuso sexual, excetuando-se as circunstâncias de transmissão perinatal ⁽¹³⁾.

Dentre as principais DSTs, podemos destacar a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), gonorréia, sífilis, tricomoniase, clamídia e infecção pelo HPV ⁽¹³⁾.

O risco de contaminação pelo vírus HIV, causador da síndrome da imunodeficiência adquirida, depende da condição sorológica do agressor, do tipo de violência perpetrada e do número de agressores. Limitações metodológicas tornam difícil avaliar as taxas de soroconversão entre as vítimas e de soroprevalência entre os agressores. Sabe-se, no entanto, que a taxa de infectividade pelo HIV para a mulher que sofre relação vaginal única varia de 0,08% a 0,2%. Se o coito for anal, essa taxa se eleva para 0,1% a 0,3% ⁽³¹⁾. Situação ainda mais preocupante se observa na violência sexual na qual os dois tipos de coito são impostos, acompanhados de violência física, podendo a taxa de transmissão chegar a 0,8% a 1,6% ^(18,31).

Entre as conseqüências da violência sexual, a gravidez se destaca pela complexidade das reações psicológicas, sociais e médicas que determina. Geralmente é encarado como uma segunda violência, intolerável para a maioria das mulheres ⁽¹²⁾.

A assistência à vítima de violência sexual deve portanto, abranger a profilaxia das DSTs, considerar e avaliar o risco de gravidez, oferecendo medidas contraceptivas de emergência, além do tratamento das injúrias físicas e propiciar atendimento psicológico, destinado a fortalecer a capacidade das vítimas em lidar com os conflitos e problemas inerentes à situação vivida ^(12, 13).

Objetivando a prevenção das DSTs, as seguintes medicações são preconizadas pelo Ministério da saúde ^(5,13):

- Azitromicina 1g VO dose única associado à Cefixina 400mg VO dose única;
- Penicilina Benzatina 240.0000 IM;
- Vacinação anti hepatite B.

De acordo com o Center of Disease Control (CDC) e o Ministério da Saúde, é recomendado o seguinte esquema para profilaxia da infecção pelo vírus HIV ^(5,11, 13):

- Zidovudina 300mg VO 12/12h durante quatro semanas.

O regime de YUZPE constitui no método de eleição para contracepção de emergência devido seu baixo custo, tolerabilidade, eficácia e ausência de contra indicação absoluta. Consiste na administração combinada de 200 microgramas de Etinil Estradiol associado a 100 microgramas de Levonorgestrel, dividido em duas doses, com intervalo de 12 horas, sendo que a primeira ingestão até 72 horas após a violência perpetrada ^(5,10,13).

Além destas medidas, o atendimento à vítima no âmbito médico, deverá incluir também uma anamnese clínica e tocoginecológica completos e solicitação de exames de rotina que

incluem tipagem sanguínea, VDRL, cultura de secreção vaginal e do canal endocervical, sorologia para Hepatite B e sorologia anti-HIV ^(5, 13).

Apesar do Código Penal Brasileiro (artigo 128) não punir o abortamento nesses casos há quase 60 anos, a interrupção dessas gestações tem sido feita de forma excepcional pelos serviços públicos de saúde, agravando sobremaneira a situação dessas mulheres ⁽¹²⁾.

Portanto, é de suma importância a existência de uma padronização ao atendimento ao paciente vítima de violência sexual, pois diante de tal situação, através de um atendimento dinâmico, objetivo e principalmente humano, podemos de alguma forma amenizar o sentimento de humilhação e sofrimento carregados pela vítima. Visando este objetivo e principalmente a fim de evitar uma possível revitimização da paciente, criou-se o Protocolo de Atendimento à Vítima de Violência Sexual, adotada na cidade de Florianópolis desde janeiro de 2001.

Por fim, é válido citar as recomendações de atendimento elaborado pela Casa de Cultura da Mulher Negra à vítima de violência sexual ⁽¹⁴⁾:

- Entrevistar a mulher sozinha e verificar se ela está em segurança ao dar as informações;
- Documentar a história do incidente atual e violência passadas na ficha médica, anotando quem foi o agressor;
- Realizar exame físico completo, incluindo exame neurológico e solicitação de exames complementares;
- Esclarecer à vítima sobre seus direitos legais;
- Os procedimentos para avaliação devem ser precedidos do consentimento das mesmas.

2.OBJETIVOS

2.1 Gerais

Descrever e analisar os fatores relacionados com a violência sexual praticado contra crianças, adolescentes e adultos do sexo feminino no município de Florianópolis no ano de 2001

2.2 Específicos

- 1) Identificar os tipos de crime perpetrado contra liberdade sexual
- 2) Tipificar a forma de constrangimento utilizada pelo agressor
- 3) Traçar o perfil do agressor responsável pelo crime perpetrado
- 4) Situar a localidade da ocorrência dos crimes
- 5) Verificar o uso de contracepção de emergência e profilaxia contra DST, pela vítima
- 6) Identificar e tipificar a ocorrência de trauma extragenital nas vítimas

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Os dados foram integralmente coletados através de informações obtidas nas fichas do Protocolo de Atendimento à Vítima de Violência Sexual vigentes nas seguintes instituições: Hospital Universitário de Florianópolis, Hospital Infantil Joana de Gusmão, Maternidade Carmela Dutra, S.O.S Criança e disponíveis na Secretaria de Saúde de Santa Catarina.

Realizou-se uma análise retrospectiva adotando uma população universal, no total de 62 pacientes, atendidos nas instituições acima referidas no período compreendido entre janeiro a dezembro do ano de 2001.

Os pacientes foram alocados em três grupos de estudos definidos pela faixa etária segundo critérios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde, em 1977, conforme o quadro abaixo:

Grupo	Denominação	Definição
I	Crianças	idade inferior a dez anos
II	Adolescentes	idade superior ou igual a dez anos
III	Adultos	idade igual ou superior a vinte anos

Em todos os grupos foram observados os critérios de inclusão e exclusão. Foram considerados critérios de inclusão, para todos os grupos, os seguintes crimes contra a liberdade sexual:

- Estupro
- Atentado violento ao pudor anal (AVPA)
- Atentado violento ao pudor (AVPO)
- Atentado violento ao pudor (AVP), diferente de AVPA e AVPO

Para caracterização e classificação desses crimes sexuais nos critérios de inclusão, foi adotado a definição vigente no Código Penal Brasileiro, conforme estabelecido pelos artigos 213 e 214, que tratam respectivamente do estupro e atentado violento ao pudor⁽²⁵⁾.

Quanto ao critério de exclusão, o seguinte item foi considerado para todos os grupos:

•**Pacientes com fichas incompletas e/ou mal preenchidas**, no total de duas

Ao final, considerando os critérios de inclusão e exclusão, obtemos um total de 60 pacientes para serem analisados.

As variáveis foram estudados considerando-se, para cada uma delas, apenas as categorias de inclusão encontradas entre os dados registrados. Os casos foram estudados em relação a sete variáveis que se seguem:

•**Crime sexual**- tipo de crime perpetrado contra a liberdade sexual. Foram alocados em dois grupos;

- 1) Estupro: constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça ⁽²⁵⁾.
- 2) Atentado violento ao Pudor: constranger alguém mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal ⁽²⁵⁾.

Os crimes relacionados ao atentado violento ao pudor anal (AVPA) e atentado violento ao pudor oral (AVPO) estão incluídos no item atentado violento ao pudor (AVP).

•**Forma de constrangimento**- mecanismo utilizado para neutralizar a resistência da vítima e consumir o crime sexual. Foram alocados em quatro categorias:

- 1) Não ocorrência
- 2) Arma: considerou-se o uso de arma de fogo ou arma branca pelo agressor
- 3) Força física : uso da supremacia física para neutralizar a resistência da vítima pelo agressor
- 4) Grave ameaça: promessa do agressor em causar dano à integridade física da vítima, se resistência

•**Agressor**- agente perpetrador do crime sexual, declarado pela vítima ou representante legal. Foram divididos em duas categorias:

- 1) Desconhecido: não identificável pela vítima e/ou representante legal
- 2) Conhecido: identificável pela vítima e/ou representante legal

•**Local da ocorrência**- refere-se à localização da vítima no momento da abordagem do perpetrador. Foram divididos em três categorias:

- 1) Residência: local de moradia da vítima
- 2) Via pública
- 3) Outros: neste item considerou-se locais como residência do agressor, local de trabalho da vítima.

•**Contracepção de emergência**- refere-se ao uso de medicação pela vítima, após o crime, visando à prevenção de uma gravidez indesejada. Foram divididos em duas categorias:

- 1) Pacientes que realizaram a contracepção
- 2) Pacientes que não realizaram a contracepção
- 3) Por motivos óbvios, o grupo das crianças foi excluído nesta variável.

•**Profilaxia de Doenças sexualmente transmissíveis (DST)**- refere-se ao uso de medicamentos pré determinados pelo Ministério da Saúde na prevenção de DSTs. Foram alocados em dois grupos:

- 1) Pacientes que realizaram a profilaxia
- 2) Pacientes que não realizaram a profilaxia

•**Traumas extragenitais**- refere-se à presença de lesão extragenital decorrente da agressão sexual, diagnosticada por meio do exame clínico no momento do atendimento à vítima. Foram divididos em três grupos:

- 1) Não ocorrência de traumas extragenitais
- 2) Hematomas
- 3) Contusão

Nos casos em que foram identificados mais de uma lesão extragenital, considerou-se, para fins de registro, aquela de maior gravidade ou importância clínica

3.1. Método de Análise e Apresentação dos Dados

As frequências (absolutas e relativas) de todas as variáveis relacionadas aos fatores de interesse são apresentados em forma de tabelas.

A distribuição de algumas variáveis selecionadas de acordo com grupos específicos é apresentado e as prevalências destes grupos comparados. Uma vez que foi utilizada a população total, tanto na apresentação do perfil de violência quanto na distribuição das características, não se aplica o uso de testes estatísticos.

Os dados foram digitados utilizando o programa Epidata versão 2.1a e analisados com o programa Epiinfo versão 6.04b. Tabelas de frequência, frequência cumulativa e tabelas de contingência, expondo a prevalência em diferentes grupos, foram utilizados na descrição dos resultados.

3.2. Aspectos Éticos

Este estudo, por utilizar dados disponíveis em ficha clínica de manejo habitual e rotineiro pelo serviço, não apresenta implicações éticas. É pertinente, entretanto, que se considere a irrestrita observação aos princípios de confidencialidade da fonte de dados. Nenhuma paciente participante do estudo foi por qualquer meio identificada, nem seu nome revelado, sendo cada caso registrado por meio de números e de iniciais alfabéticas.

4. RESULTADOS

Os resultados a seguir, referem-se à análise dos 60 pacientes alocados nos três grupos previamente descritos. Observou-se, ao final, que 19 pacientes (31,7%) pertenciam ao grupo das crianças, 15 pacientes (30%) pertenciam ao grupo dos adolescentes e 23 pacientes analisados (38,3%), pertenciam ao grupo das mulheres adultas. As variáveis referentes ao tipo de crime sexual; forma de constrangimento utilizada pelo agressor; localização da vítima no momento da ocorrência do crime sexual; tipificação do agressor; uso de contracepção de emergência e realização da profilaxia contra doenças sexualmente transmissíveis pela vítima, podem ser apreciados nas tabelas que se seguem.

A tabela 1 mostra a distribuição do diferentes crimes sexuais perpetrados contra os pacientes. Observou-se, portanto, a predominância do crime de estupro, ocorrendo em 65% dos casos.

TABELA 1 - Tipo de crime sexual perpetrado, de acordo com as faixas etárias estudadas

	<u>Crianças</u>	<u>Adolescentes</u>	<u>Adultos</u>	<u>Total</u>
Tipos de Crime	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Estupro	04 (21)	14 (77,8)	21 (91,3)	39 (65)
AVP	15 (78,9)	04 (22,2)	02 (8,7)	21 (35)
Total	19 (100)	18 (100)	23 (100)	60 (100)

Fonte: ficha de atendimento à vítima de violência sexual, Secretaria de Saúde de Santa Catarina, 2001

O grupo das crianças apresentou a predominância do crime de atentado violento ao pudor (78,9%), ao passo que, no grupo dos adolescentes e adultos predominou o crime de estupro, com respectivamente, 77,8% e 91,3%. Na tabela 2, que trata da forma de constrangimento utilizada pelo agressor para intimidação da vítima, observa-se a prevalência da força física como método mais freqüente de constrangimento (33,3%).

TABELA 2 - Distribuição da forma de constrangimento utilizada para a perpetração do crime sexual, consoante as faixas etárias estudadas

Forma de constrangimento	<u>Crianças</u> n (%)	<u>Adolescentes</u> n (%)	<u>Adultos</u> n (%)	<u>Total</u> n (%)
Arma	00 (0)	02 (11,1)	10 (43,5)	12 (20)
Grave ameaça	03 (15,8)	08 (44,4)	00 (0)	11 (18,3)
Força física	01 (5,3)	07 (38,9)	12 (52,2)	20 (33,3)
Não ocorrência	15 (78,9)	01 (5,6)	01 (4,3)	17 (28,3)
Total	19 (100)	18 (100)	23 (100)	60 (100)

Fonte: ficha de atendimento à vítima de violência sexual, Secretaria de Saúde de Santa Catarina, 2001

Ao comparar-se o tipo de constrangimento nos três grupos, constatou-se que no grupo das crianças prevaleceu a não ocorrência de forma de constrangimento pelo agressor (78,9%). Em contrapartida, a grave ameaça e a força física predominaram, respectivamente, no grupo dos adolescentes e adultos.

A tabela 3 refere-se à localidade da vítima no momento do crime sexual. Observou-se que a maioria dos crimes perpetrados ocorreram na própria residência da vítima (43,3%).

TABELA 3- Localização ou situação da vítima no momento da abordagem do agressor, de acordo com as faixas etárias estudadas

Atividade/situação	<u>Crianças</u> n (%)	<u>Adolescentes</u> n (%)	<u>Adultos</u> n (%)	<u>Total</u> n (%)
Residência	10 (52,6)	07 (38,9)	09 (39,1)	26 (43,3)
Via pública	02 (10,5)	07 (38,9)	13 (56,5)	22 (36,7)
Outros	07 (36,8)	04 (22,2)	01 (4,3)	12 (20)
Total	19 (100)	18 (100)	23 (100)	60 (100)

Fonte: ficha de atendimento à vítima de violência sexual, Secretaria de Saúde de Santa Catarina, 2001

Comparando-se isoladamente, constatou-se que no grupo dos adultos, a localidade da vítima no momento da abordagem do agressor mais frequente deveu-se ao item via pública, com uma frequência 5 vezes maior ao observado no grupo das crianças (56,5% *versus* 10,5%). Este grupo, por sua vez, teve como localidade predominante dos crimes a sua própria

residência (52,6%). Por outro lado, no grupo dos adolescentes, observou-se uma igualdade na frequência da ocorrência nos itens residência e via pública (38,9%).

A distribuição da referência do agressor responsável pela perpetração do crime sexual, declarado pela vítima e/ou representante legal, encontra-se na tabela 4. O perpetrador conhecido obteve a frequência mais elevada (65%), quase 2 vezes maior que a soma da frequência do perpetrador desconhecido (35%).

TABELA 4 - Conhecimento pela vítima ou representante legal do agressor referido como responsável pela perpetração do crime sexual, de acordo com as faixas etárias estudadas

	<u>Crianças</u>	<u>Adolescentes</u>	<u>Adultos</u>	<u>Total</u>
Agressor	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Desconhecido	01 (5,3)	05 (27,8)	15 (65,2)	21 (35)
Identificável	18 (94,7)	13 (72,2)	08 (34,8)	39 (65)
Total	19 (100)	18 (100)	23 (100)	60 (100)

Fonte: ficha de atendimento à vítima de violência sexual, Secretaria de Saúde de Santa Catarina, 2001

A distribuição de acordo com grupo de estudo, mostrou que o agressor identificável apresentou frequência quase 3 vezes maior no grupo das crianças (94,7%) quando comparada com a obtida no grupo dos adultos (34,8%).

A ocorrência de trauma extragenital conseqüente ao crime sexual foi observado em 38,4% dos pacientes (tabela 5).

TABELA 5 - Distribuição do trauma extragenital conseqüentes ao crime sexual, consoante as faixas etárias estudadas

	<u>Crianças</u>	<u>Adolescentes</u>	<u>Adultos</u>	<u>Total</u>
Trauma extragenital	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Não ocorreu	19 (100)	14 (77,8)	04 (17,4)	37 (61,7)
Hematoma	00 (0)	03 (16,7)	07 (30,4)	10 (16,7)
Contusões	00 (0)	01 (5,6)	12 (52,2)	13 (21,7)
Total	19 (100)	18 (100)	23 (100)	60 (100)

Fonte: ficha de atendimento à vítima de violência sexual, Secretaria de Saúde de Santa Catarina, 2001

Nota-se aqui que a frequência de trauma extragenital no grupo dos adultos obteve um valor quase 4 vezes maior que a soma da ocorrência no grupo dos adolescentes (82,6% *versus* 22,3%), predominando as contusões (52,2%). Em contrapartida, no grupo das crianças, não se observou a ocorrência de trauma extragenital.

A seguir (tabela 6), aborda-se o uso do método contraceptivo de emergência pelas vítimas de crime sexual.

TABELA 6 - Distribuição do uso do método contraceptivo de emergência, de acordo com as faixas etárias estudadas

Uso de contracepção	<u>Adolescentes</u>	<u>Adultos</u>	<u>Total</u>
	n (%)	n (%)	n (%)
Sim	09 (50)	20 (87)	29 (70,7)
Não	09 (50)	03 (13)	12 (29,3)
Total	18 (100)	23 (100)	41 (100)

Fonte: ficha de atendimento à vítima de violência sexual, Secretaria de Saúde de Santa Catarina, 2001

A prevalência na utilização do método contraceptivo de emergência, no presente estudo, alcançou uma alta frequência (70,7%), sendo que no grupo dos adultos foi observou-se o índice mais expressivo (87%).

Em última análise (tabela 7), comparou-se o uso da profilaxia contra DST pelas vítimas do crime perpetrado.

TABELA 7 - Realização da profilaxia contra DST, consoante as faixas etárias estudadas

Uso de profilaxia	<u>Crianças</u>	<u>Adolescentes</u>	<u>Adultos</u>	<u>Total</u>
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Realizado	04 (21,1)	11 (61,1)	20 (87)	35 (58,3)
Não realizado	15 (78,9)	07 (38,9)	03 (13)	25 (41,7)
Total	19 (100)	18 (100)	23 (100)	60 (100)

Fonte: ficha de atendimento à vítima de violência sexual, Secretaria de Saúde de Santa Catarina, 2001

5.DISSCUSSÃO

Para análise das variáveis apresentadas, optamos comparar os resultados obtidos neste estudo, com outros obtidos em nosso meio e disponíveis na literatura.

Em São Paulo , Cohen e Matsuda (1991) verificaram que o estupro constitui a principal queixa de crime sexual apresentado ao IML (Instituto Médico Legal), em cerca de 60% dos casos e o AVP em quase 18%. Dados semelhantes foram verificados num estudo envolvendo números das Secretarias Estaduais de Segurança Pública, no ano de 2000, onde observou-se que 55% das pacientes eram vítimas do crime de estupro, enquanto que o restante (45%) eram vítimas de AVP.

Em nossa análise, apesar da pequena população estudada, verificamos uma correspondência aos estudos descritos anteriormente, com a predominância do crime de estupro em 65% dos casos.

Analisando isoladamente, observou-se a predominância do crime de AVP (78,9%) no grupo das crianças, ao passo que no grupo dos adolescentes e adultos predominou o crime de estupro. Dados da ABRAPIA (1997) (Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescentes), reservou grande similaridade com os resultados obtidos neste estudo, para o grupo das crianças. Segundo esta instituição, cerca de 70% dos crimes sexuais são compatíveis com AVP, destacando-se as carícias eróticas e a masturbação da criança ou do agressor. O estupro consumado foi constatado em menos 10% dos casos. Kuhn et al. (1997), num estudo envolvendo 188 crianças, constatou-se que 63% eram vítima de AVP, e apenas 37% de estupro.

A exposição ao abuso sexual na infância é associado com uma série de fatores familiares e da infância, incluindo situação social desfavorável, instabilidade familiar, fraqueza nos relacionamentos interfamiliares e dificuldade no ajustamento familiar, o que também está associado ao aumento da vulnerabilidade sexual no adolescente.

Quanto ao constrangimento imposto à vítima no decurso do crime sexual, optamos pela utilização do conceito vigente no Código Penal Brasileiro, conforme descritos pelos artigos 213 e 214 para os crimes de estupro e AVP, respectivamente.

Acredita-se que a maior força física do agressor e a intimidação psicológica (através de grave ameaça) por ele implicada à vítima, sejam os fatores determinantes para neutralizar sua resistência ⁽²⁶⁾.

Neste estudo, a força física instituída pelo agressor a fim de neutralizar a resistência da vítima foi a forma predominante de constrangimento (33,3%) entre as 60 pacientes analisadas (tabela 2).

Apesar disso, é pertinente que se destaque a não ocorrência de forma de constrangimento como fator predominante no grupo das crianças (78,9%). Isto deve-se ao fato, ao nosso ver, pela situação natural de inocência e ingenuidade dessas vítimas, não permitindo-lhes reconhecer o abuso sexual como algo hediondo. Em contrapartida, no grupo dos adolescentes e mulheres adultas, observou-se apenas um caso, 5,6% e 4,3%, respectivamente, em que não ocorreu nenhum tipo de constrangimento pelo agressor.

Fato raro descrito na literatura, em nossa análise ocorreu em situações especiais. No grupo dos adolescentes, este fato ocorreu devido ao estado de deficiência mental da vítima. Há consenso de que, em qualquer idade, o retardo mental torna a mulher extremamente vulnerável ao abuso sexual ⁽²¹⁾.

Entre outras condições impeditivas para a vítima oferecer resistência, destacam-se idade avançada, uso de drogas ilícitas, hipnose ou estado de embriaguês, este último observado no caso do grupo das mulheres adultas.

Quanto à localização ou situação da vítima no momento da abordagem do agressor, verificou-se que a maioria dos pacientes encontrava-se em sua própria residência (43,3%). Em contrapartida, Pimentel et al. (1998), obtiveram dados incompatíveis aos obtidos em nosso estudo. Verificou-se que 54% dos casos de abuso sexual ocorrem em vias públicas e 46% em locais privados.

A análise dessa variável por diferentes grupos etários mostrou que os casos ocorridos em vias públicas estiveram relacionados principalmente com o grupo das mulheres adultas, ao passo que, no grupo das crianças constatou-se que a maioria dos crimes sexuais transcorreu em ambiente privado. Curiosamente, no grupo dos adolescentes, observou-se uma igualdade da frequência dos crimes na residência da vítima e vias públicas (38,9%).

Dados da ABRAPIA 2000/2001, condiz com os dados fornecidos anteriormente para o grupo das crianças, no qual verificou-se que 84,86% dos abusos ocorrem na própria residência da vítima ⁽²²⁾. A maior frequência de ocorrência neste local, manteve-se relação de

concordância com os resultados obtidos e discutidos posteriormente, quanto a tipificação do agressor, que na maioria das vezes é conhecido da vítima e/ou seu representante legal.

Por outro lado, entre as mulheres em idade adulta, a maioria dos casos perpetrados dentro da residência da vítima pode estar relacionada com situações de roubo, seguidos de crime sexual, geralmente relacionado com agressores desconhecidos. Outra possibilidade trata dos casos de abuso sexual dentro da relação de união, promovidos pelo parceiro sexual.

Para os serviços de saúde, a identificação da situação da vítima durante o crime sexual nos parece guardar grande importância. Na suspeita ou confirmação de casos de incesto, torna-se obrigatório a denúncia dos fatos aos órgãos competentes, no sentido de garantir à criança ou adolescente a interrupção do processo e medidas de proteção. Nos adultos, a comunicação de ocorrências sistemáticas em certos logradouros, apesar de facultativas, pode contribuir com as autoridades no mapeamento das áreas de maior prevalência desses crimes.

No que diz respeito ao agressor, no total dos pacientes estudados, prevaleceu o criminoso identificável pela vítima e/ou representante legal (65%). Contudo, constatou-se que esse achado sofreu notável variação quando analisado nos diferentes grupos etários.

Enquanto o agressor identificável associa-se na maioria dos casos no grupo das crianças (94,7%) e adolescentes (72,2%), nos adultos observou-se a inversão nessa relação com 34,8%.

Segundo dados da ABRAPIA 2000/2001, os crimes perpetrados contra as crianças tem como seu principal perpetrador, em 63,8% dos casos, membros da família da própria vítima; ou seja, pessoas que a criança conhece, provavelmente depende e confia ⁽²²⁾.

Kuhn et al (1998), em seu estudo, verificou que 85% dos crimes sexuais contra as crianças, tinham como perpetrador identificável pela vítima e/ou representante legal.

Drezett et al. (1996), por sua vez, afirmou em sua análise que o perpetrador desconhecido assume maior frequência após a adolescência, entre 50 a 70% dos casos.

Os resultados quanto à ocorrência de traumas extragenitais, observou-se a predominância da não ocorrência de traumas extragenitais (61,7%). Porém, se analisarmos separadamente, constatamos que no grupo dos adultos este mesmo fato não ocorreu, observando-se uma frequência maior de 80% de traumas extragenitais, divididos entre hematomas (30,4%) e contusões (52,2%). Atkeson et al. (1989), afirma que a maior ocorrência de trauma extragenital neste grupo possa se relacionar com a resistência impringida ao agressor. Como resultado, para conseguir seu intento e dirimir essa resistência,

o perpetrador utilizaria diferentes formas de agressão física que poderiam resultar nas lesões observadas.

A comparação entre as taxas de trauma encontrada neste estudo e aqueles registrados na literatura esteve prejudicada pela falta de uniformidade quanto aos critérios de inclusão dos pacientes, metodologia aplicada, tempo decorrido da violência e exames complementares utilizados. Cabe salientar que nossos resultados são o reflexo da proposição de registrar apenas os danos, sem a utilização de exames complementares ou o estabelecimento de limite de tempo decorrido da violência.

Neste estudo observou-se na maioria dos casos (70,7%) a realização da contracepção de emergência pelas vítimas de abuso sexual. Entendemos, ao nosso ver, que isto reflita a preocupação dos serviços primários de atendimento à vítima de violência sexual em evitar algo que poderia ter consequências ainda mais graves e catastróficas que a própria violência perpetrada.

Em relação à realização da profilaxia contra doenças sexualmente transmissíveis pelas vítimas de abuso sexual, observou-se alta prevalência da efetivação desse método. Contudo, o mesmo não se observou no grupo das crianças. Porém, entendemos que esses dados merecem cuidadosa interpretação, visto que a baixa ocorrência da realização deste método deve considerar que a grande parte dos crimes perpetrados contra esse grupo foram de atentado violento ao pudor.

Na última década, a violência de gênero vem sendo remetida à área da saúde pública, tanto pelo movimento feminista como pelos serviços de saúde, entidades governamentais e organismos internacionais. Este direcionamento parece estar embasado na crescente constatação de que o abuso sexual está associado com agravos para a saúde física e mental ⁽⁸⁾.

Assim, o médico deveria ser adequadamente treinado para o manejo clínico e psicológico das vítimas de agressão sexual, incluindo-se a coleta de evidências forenses e o conhecimento da legislação específica local ⁽¹⁾. Outro aspecto relevante consiste na necessidade do médico e demais profissionais da saúde em coibirem manifestações ou julgamentos pessoais quanto ao ocorrido e suas circunstâncias.

Acredita-se que a negligência para com esses aspectos, particularmente os psicológicos, pode resultar no processo de “revitimização” da paciente pelos serviços de saúde ⁽²³⁾. Em se tratando de ocorrências durante a infância, a preocupação parece ser ainda maior. O atendimento a essas crianças exige, do médico, tempo, treinamento, paciência e experiência.

Segundo os autores, profissionais que não contemplem essas exigências devem evitar prestar atendimento ⁽¹⁶⁾.

O crescente número de serviços médicos especializados nessa questão parece ser um dos caminhos importantes para a melhoria do atendimento à mulher.

Finalizando, urge que todos os profissionais da saúde, e especialmente os médicos, conheçam os aspectos jurídicos e técnicos relacionados com a violência sexual, para que os direitos das mulheres e de toda sociedade sejam efetivamente garantidos... Ou então, como as denaides da mitologia grega, as mulheres continuarão condenadas a carregar seus direitos em um jarro furado... ⁽³⁰⁾.

6.CONCLUSÕES

Nas pacientes atendidas em situação de crime sexual, os resultados da presente investigação permitem concluir que:

- O estupro foi o crime sexual predominante entre adolescentes e mulheres adultas, enquanto que o atentado violento ao pudor, apresentou-se com maior frequência nas crianças;
- A força física foi a forma de constrangimento mais freqüente no grupo dos adultos, ao passo que nos adolescentes predominou a grave ameaça e nas crianças a inexistência desse ato pelo agressor;
- No grupo das crianças, a violência sexual foi perpetrada principalmente na residência da vítima. Em contrapartida, no grupo dos adolescentes observou-se uma igualdade dos acontecimentos em vias públicas e na residência da vítima. No grupo dos adultos, os abusos predominaram em vias públicas;
- Nas crianças e adolescentes, a maioria dos crimes sexuais foi perpetrada por agressor identificável pela vítima e/ou representante legal. Nos adultos, predominou o agressor desconhecido;
- Traumas extragenitais ocorreram apenas no grupo dos adolescentes e adultos, predominando hematoma e contusões respectivamente;
- Entre adolescentes e adultos, vítimas de crime sexual, observou-se grande frequência no uso de método contraceptivo de emergência;
- Entre adolescentes e adultos observou-se a predominância do uso da profilaxia contra doenças sexualmente transmissíveis, fato este, não observado no grupo das crianças.

BIBLIOGRAFIA

- 1) American College of Obstetricians and Gynecologists(ACOG). Educational bulletin: adolescent victims of sexual assault. Int. J. Gynaecol. Obstet., 64:195-9, 1999
- 2) Associação brasileira multiprofissional de proteção à infância e à adolescência (ABRAPIA) - Abuso sexual: mitos e realidade. Petrópolis, Autores & Agentes Associados, 1997. 39p
- 3) Atekson BM, Calhoun K S, Morris KT. Victim resistance to rape: the relationship of previous victimization, demographics, and situational factors. Arch. Sex. Behav., 18: 497-507, 1989.
- 4) Bacha A. Avaliação da implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher no Estado de São Paulo no período de 1987-1990. Campinas, 1997. (Tese - Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas).
- 5) Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica Saúde da Mulher. - Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília, Ministério da Saúde, 1999. 32p. (Norma Técnica)
- 6) Chauí M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: Perspectivas Antropológicas da Mulher. Rio de Janeiro, Zahar Ed., 1984. p.25-62.
- 7) Cohen C. & Matsuda N E. Crimes sexuais e sexologia forense: estudo analítico. Rev. Paulista Med., 109:157-64, 1991.

- 8) D'Oliveira AFPL & Schraiber L B. Violência de gênero como uma questão de saúde: a importância da formação de profissionais. *Jornal da Redesaúde*, 19:3-4, 1999.
- 9) Drezett J, Navajas Filho E, Spinelli, M, Tonon EMP, Carnevalli CA, Gusmão A, Hegg R, Pinotti JA. Aspectos biopsicossociais em mulheres adolescentes e adultas sexualmente vitimizadas: resultados da implantação de um modelo integrado de atendimento. *Revista do Centro de Referência*, 1: 23-8, 1996.
- 10) Drezett J, Badalcini I, Freitas GC, Pinotti JA. Contracepção de emergência para mulheres vítimas de estupro. *Revista do Centro de Referência*, 3:29-33, 1998.
- 11) Drezett J, Baldacini I, Nisida IVV, Nassif VC, Nápoli PC. Estudo da adesão à quimioprofilaxia antiretroviral para a infecção pelo HIV em mulheres sexualmente vitimadas. *RBGO*, 21: 539-44, 1999.
- 12) Faúndes A, Bedone A, Pinto JL. I Fórum interprofissional para a implementação do atendimento ao aborto previsto na lei. *Femina*, 25:1-8, 1997.
- 13) Freitas F, Menke CH, Rivoire W, Passos EP. Rotinas em ginecologia. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.
- 14) Fontana M. Violência contra a mulher: Um problema que afeta toda a sociedade. 1ª ed. Pernambuco, 2001.
- 15) Gikovate F. - Reflexões sobre o "feminino". In: _____ ed. - Entendendo a mulher além da paciente. São Paulo, Lemos Editorial, 1999. p.12-42.
- 16) Hymel KP, Jenny C. Child sexual abuse. *Del. Med. J.*, 69:415-29, 1997.
- 17) Human Rights Watch - Injustiça criminal: a violência contra a mulher no Brasil. EUA, Americas Watch, 1992. 70p.

- 18) Jenny C, Hooton TM, Bowers A, et al. Sexually transmitted diseases in victims of rape. *N. Engl. J. Med.*, 322:713-6, 1990.
- 19) Kuhn MLS, Reis JES, Trindade A. Abuso sexual na incia. Trabalho apresentado XV Congresso Brasileiro de Medicina Legal; 1998 Set- Salvador, Bahia.
- 20) Lacey HB. Sexually transmitted diseases and rape: the experience of a sexual assault centre. *Int. J. STD AIDS*, 1:405-9, 1990.
- 21) Lima SMRR. Estupro. In: HALBE, H.W. ed. - Tratado de Ginecologia. 2ª ed., São Paulo, Roca, 1993. p.970-7.
- 22) Mena F, Werneck G. Reféns do segredo. *Folha de São Paulo* 2002 Mar 04;Sect. Folhateen.
- 23) Mac F, Hawley P. Sexual assault: coping with crisis. *Can. Nurse*, 89:21-4, 1993.
- 24) Oliveira F. A violência contra a mulher é uma questão de saúde pública. *Jornal da rede saúde* 19:10-13,1999.
- 25) Oliveira J. Código Penal. 25ª ed., São Paulo, Saraiva, 1987. 483p
- 26) Pimentel S, Schritzmeyer ALP, Pandjarian V. Estupro: crime ou “cortesia”? - abordagem sociojurídica de gênero. Porto Alegre, SAFE, 1998. 288p.
- 27) Rago M - Violência de gênero: uma abordagem histórica. In: D'OLIVEIRA, A.F.P.L. ed. - Curso de Capacitação para o Atendimento a Mulheres em Situação de Violência - Coletânea de Textos. São Paulo, FMUSP & CFSS, 1997. p.13-17.
- 28) Saffiti HIB, Almeida SS. Violência de gênero: poder e impotência. Rio de Janeiro, Revinter, 1995. 218p.

- 29) Santin AJ, Ramin SM, Paicurich J, Millman S, Wendel Jr GD. The prevalence of sexual assault: a survey of 2404 puerperal women. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 167:973-5, 1992.
- 30) Torres JHR. Aspectos legais do abortamento. *Jornal da Redesaúde*, 18:7-9, 1999.
- 31) Veronesi R, Focaccia R. *Tratado de Infectologia*. São Paulo, Atheneu, 1996. p.87-113.
- 32) União das mulheres de São Paulo - A violência contra a mulher e a impunidade: uma questão política. São Paulo, Governo do Estado de São Paulo & Conselho Estadual da Condição Feminina, 1997. 66p.

TCC
UFSC
SP
0053

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC SP 0053
Autor: Kim, Antonio
Título: Análise dos fatores relacionados



972810948

Ac. 254131

Ex.1 UFSC BSCCSM